

Der Reformbedarf für die DRG-Fallpauschalen und das gerade erst verabschiedete Pflegebudget ist massiv. Gerade in der Pandemie brauchen Kliniken den finanziellen Rückhalt zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages. Die durch die Differenzierung von Abschlagszahlungen und nachgelagerten Ist-Pflegekosten lassen Liquiditätsgpässe entstehen, für die eine Begleichung nach einer Zeitspanne von zwei Jahren zu spät sein kann. Auch brauchen Krankenhäuser eine nachhaltige Perspektive für den ressourcensparenden Einsatz und Schutz von Pflegekräften – ob am Bett oder nicht.



© Baan Taksin Studio – stock.adobe.com

Auf dem Rücken der Krankenhäuser

Wie bei Pflegebudgets Zweck und Wirkung auseinanderfallen

Von Clemens Maurer und Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab

Das Pflegebudget gilt seit 2020. Dieses beruht auf dem 2019 eingeführten Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, welches die Ausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen bestimmt. In der Folge wurden die Kosten der „Pflege am Bett“ anteilig durch das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ aus allen DRGs herausgerechnet und in einen Pflegeerlöskatalog übertragen. Dieser bildet die Grundlage für die Budgetverhandlungen, in welchen sich aktuell die Mehrheit der Krankenhäuser mit den Krankenkassen bezüglich der Pflegebudgets befinden. Die Herausforderung: Sie verhandeln zum jetzigen Zeitpunkt erstmals die Pflegebudgets für das Jahr 2020, denn in der verabschiedeten Gesetzesfassung wurde nicht festgelegt, wann die Budgetverhandlungen stattfinden sollen. Die Kassen lassen sich entsprechend Zeit. Kliniken können also erst jetzt die vollen Personalkosten für die Pflege geltend machen – zwei Jahre nach Pandemiebeginn.

Der falsche Weg für das richtige Ziel

Das Ziel der Pflegepauschalen ist eine auf die tatsächlichen Ausgaben einer Einrichtung gerichtete Finanzierung, welche die krankenhaushausindividuellen Pflegepersonalkosten berücksichtigt und den Personalbedarf auf die Patientenversorgung

ausrichtet. Das klingt erst einmal gut, zumal es auch ein faires Verhältnis für den Klinikmarkt (öffentliche wie private Häuser, Maximal- wie Grundversorger) avisiert. Tatsächlich führt die Ausgestaltung der Pflegebudgets jedoch zu Mehrbelastung:

1. Mehr Bürokratie

Die neue Regelung führt vor allem zu einer Verschärfung des Bürokratieaufwandes, denn Krankenhäuser müssen nachweisen, welche Mitarbeitende Pflege am Bett leisten. Ungeachtet der viel kritisierten Definitions-Unschärfe der „Pflege am Bett“ führen die Dokumentationspflichten zu erhöhtem Zeitaufwand, was am Ende wiederum in geringere Kapazitäten für die Patientenversorgung mündet. Es lässt sich in diesem Umfang also feststellen, dass die Pflegebudgets über ihren Bürokratieaufwand mittelbar eine Gefährdung der Patientensicherheit bedeuten.

2. Mehr Belastung der Pflegekräfte

Zunächst muss vor Augen geführt werden, dass sich die Veränderung

in der Pflegevergütung nur auf Personen in stationärer Versorgung bezieht. Die Vergütung von unterstützenden Tätigkeiten, wie beispielsweise Pflegehilfs- und Assistenzkräfte oder Funktionsdienste, wie in der Anästhesie- oder OP-Pflege läuft weiterhin über das DRG-System. Gleiches gilt für die Kosten von Pflegekräften, die über ein anderes Finanzierungssystem vergütet werden, wie z.B. ambulante Leistungsbereiche.

Das häufig für die Pflegebudgets angeführte Argument, die Umstellung würde Kliniken den Anreiz nehmen, sich durch eingesparte Pflegestellen wirtschaftlich besser zu stellen, widerspricht indes der Realität: Seit Jahren versuchen Kliniken, im vom Fachkräftemangel geprägten Markt Pflegepersonal aufzubauen, um Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, eine hochwertige Versorgungsqualität zu leisten und die Zufriedenheit der Beschäftigten zu erhöhen.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz durchkreuzt diesen Trend, indem es ►

	Abschlag Pflegebudget	IST-Pflegekosten	Liquiditätslücke pro Jahr
2020	33,5 Mio Euro	41,5 Mio Euro	- 8 Mio Euro
2021	34,5 Mio Euro	45 Mio Euro	- 10,5 Mio Euro
2022**	33,5 Mio Euro	48 Mio Euro	- 13,5 Mio Euro

** unter der Annahme gleichbleibender Fallzahlen im Vergleich zu 2021

Tab. 1: Jährliche Liquiditätslücke für das Klinikum Darmstadt

ausgerechnet die Zielgruppe belastet, welche es eigentlich entlasten soll: die Pflegekräfte. Entscheidend für die Abrechenbarkeit von Personal über das Pflegebudget ist dabei ausschließlich die Qualifikation des Personals und nicht der Ressourceneinsatz, die Arbeitsintensität und die Pflegequalität.

Die Pflegebudgets schaffen damit einen wirtschaftlichen Anreiz bei Kliniken, nur noch examinierte Pfe-

budgets nach Berufsgruppen vorlegen. Die Kliniken erhalten also nur Abschlagszahlungen und müssen die tatsächlichen Ist-Kosten vorstrecken, was zu erheblichen Liquiditätslücken führt.

In der Praxis bedeutet das, dass Kliniken im Schnitt pro 100 Betten pro Jahr im Durchschnitt rund eine Million Euro vorstrecken. Zur Veranschaulichung: Als ländlicher Grundversorger hat die Kreisklinik

te für 2020 jedoch noch keine Vereinbarung erzielt werden. Daher erhält das Klinikum Darmstadt derzeit nur Abschlagszahlungen auf die Pflegebudgets der Jahre 2020, 2021 und 2022. Demgegenüber stehen die wesentlich höheren Ist-Kosten für das Pflegepersonal. Dadurch ergibt sich für das Klinikum Darmstadt eine jährliche Liquiditätslücke, die in ►Tabelle 1 dargestellt ist.

Hochgerechnet bedeutet dies ein Loch von mehr als 30 Millionen Euro allein im Bereich des Pflegebudgets für die Jahre 2020 bis 2022.

„Im Ergebnis tragen die Kliniken nicht nur die Last der Pandemiebekämpfung, sie finanzieren die Pandemie vor – und riskieren dabei ihre wirtschaftliche Stabilität.“

gekräfte einzustellen, da diese vollständig gegenfinanziert werden. Da Pflegehilfskräfte oder andere weniger qualifizierte Pflegekräfte nicht in den Pflegebudgets bedacht sind, lassen viele Häuser ihre Aufgaben zusätzlich von den examinierten Pflegekräften erledigen. Dies hat eine zusätzliche Belastung der ohnehin am Anschlag arbeitenden Pflegekräfte zur Folge, was zu sinkender Arbeitszufriedenheit führt und die Pflegequalität negativ beeinflusst.

3. Mehr Finanzdruck

In der Theorie führt jedes Krankenhaus prospektiv jährliche Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern. Zu diesem Zweck wird eine auf das Krankenhaus bezogene Pflegepersonalausstattung auf Grundlage der Personalplanung und des nachgewiesenen Personalbestands mit entsprechenden Kosten vereinbart. Für das Budget muss ein Krankenhaus den Kassen eine differenzierte Darstellung der Ist-Kosten des aktuellen Jahres sowie und eine umfassende, nach Berufsgruppen differenzierte Aufgliederung der Kostenteile des vorjährigen Pflege-

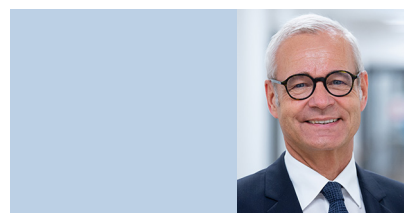
in Groß-Gerau in der Pandemie für das Jahr 2020 hat sie über eine Millionen Euro an Pflegebudget vorgeleistet. Im Oktober 2021 stand der Abschluss für das Jahr 2020 – vergleichsweise frühzeitig, wenn man bedenkt, dass viele Häuser noch nicht einmal einen Verhandlungstermin mit den Krankenkassen vereinbaren konnten. Das Geld fließt aber erst nach den Genehmigungen durch das Regierungspräsidium in 2022. Selbstredend wurde auch für das Jahr 2021 das Geld vorgestreckt – 1,6 Millionen Euro. Bestenfalls gibt es also bei einem solchen Verhandlungstempo die Erlöse aus dem Pflegebudget 2021 im Jahr 2023.

Blickt man in diesem Verhältnis auf ein Haus der Maximalversorgung, nehmen diese Summen noch ganz andere Größen an. Zum Vergleich ein Blick auf das Klinikum Darmstadt:

Das Klinikum Darmstadt ist sehr frühzeitig im Jahr 2020 mit den Kostenträgern in Verhandlung über das Pflegebudget getreten. Bisher kann-

Hinzu kommen jeweils, wie bei der Mehrzahl an Kliniken in Deutschland, die Erlösausfälle sowie Mehrausgaben im Rahmen der Covid-19-Pandemie und auch die fehlenden Investitionskosten. Im Ergebnis tragen die Kliniken nicht nur die Last der Pandemiebekämpfung, sie finanzieren die Pandemie vor – und riskieren dabei ihre wirtschaftliche Stabilität. ■

Clemens Maurer
Sprecher der Geschäftsführung
Klinikum Darmstadt GmbH



Clemens Maurer

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA
Geschäftsführerin
Kreisklinik Groß-Gerau GmbH